

介護(予防)給付費振込口座変更依頼書

被保険者：_____〔被保険者番号：_____〕についての保険給付費は、下記の金融機関の口座へ振り込んでください。

なお、受け取りました介護給付費について、万一紛議が生じた場合、当方の責任により解決し、貴組合に一切迷惑をおかけしません。

●対象となる給付の種類（□に“レ”を記入してください。）

- ☐ 介護保険高額介護（介護予防）サービス費
- ☐ 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費
- ☐ 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費

●変更後の振込口座（郵便局以外の口座を記入してください。）

金 融 機 関 名	本・支店(所)名			種 別
銀行・農協・労働金庫・ 信用金庫・信用組合	支店	支店コード		1 普 通
	支所 出張所			2 当 座
口 座 番 号	口 座 名 義 人 (カ ナ)			
	()			
理 由				

令和 年 月 日

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ 印

口座名義人氏名 _____（続柄： ） 印

連 絡 先 () — _____